

Status quo vadis?

Kritische Anmerkungen zur Zusammenfassung des „Sondergutachten zu den Wirkungen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs“*

DENNIS HÄCKL,
NILS KOSSACK

Dr. Dennis Häckl ist Geschäftsführer und Leiter des Instituts WIG2 – Wissenschaftliches Institut für Gesundheitsökonomie und Gesundheitssystemforschung – Leipzig

Nils Kossack ist Leiter des Bereichs Mathematik und Statistik im WIG2 – Wissenschaftliches Institut für Gesundheitsökonomie und Gesundheitssystemforschung – Leipzig

Der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich ist im GKV-System ebenso wichtig wie umstritten. Die Debatte rund um den Ausgleichsmechanismus wird dabei immer wieder von möglichen Fehlanreizen, Wettbewerbsverzerrungen sowie -ungerechtigkeiten angeheizt. Nach nunmehr sechs vergangenen Jahren ohne Bewertung durch den Wissenschaftlichen Beirat wurde das jüngst veröffentlichte Sondergutachten zu den Wirkungen des Morbi-RSA daher sehrlichst erwartet. Doch nicht alle Krankenkassen sind mit den Ergebnissen zufrieden. Neben guten Ansätzen zur Weiterentwicklung und faireren Ausgestaltung werden aktuelle Diskussionsthemen und Verwerfungen nicht konsequent genug benannt.

Einleitung

Kaum ein anderer mathematischer Algorithmus sorgt für so viel Diskussionen im Gesundheitswesen wie der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA). So wird nicht nur in einschlägigen Journals, sondern auch in populären Tageszeitungen über mögliche Unwuchten der aktuellen Ausgestaltung des Morbi-RSA und seiner Auswirkungen auf das System der GKV berichtet. Verschiedene Reformvorschläge, beispielsweise zur Abbildung des Morbiditätsspektrums, zur Anreizwirkung von Prävention, zur Berücksichtigung eines Risikopools oder zur Aufnahme eines Regionalfaktors, wurden von unterschiedlichen Akteuren ebenso vorgebracht. Zudem wurde auch die generelle Manipulationsanfälligkeit des Morbi-RSA facettenreich diskutiert. Nicht verwunderlich ist daher, dass das sogenannte „Sondergutachten zu den Wirkungen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs“, welches durch den Wissenschaftlichen Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostruktur-

ausgleichs beim Bundesversicherungsamt bis zum 30. September 2017 verfasst worden war, mit großer Spannung erwartet wurde.

Das Echo aus den Kassenlagern fiel nach der Veröffentlichung der Zusammenfassung am 19. Oktober 2017 geteilt aus. Während der AOK-Bundesverband eine „gute Basis zur Weiterentwicklung“ (vgl. Pressemeldung des AOK-Bundesverbands vom 19. Oktober 2017) sieht, spricht der Vorsitzende des Dachverbands der Betriebskrankenkassen von „Steine[n] statt Brot“ (vgl. Pressemeldung des BKK Dachverbands vom 19. Oktober 2017). Der Unmut über das Gutachten veranlasste gar die Verbände der Ersatz-, Betriebs- und Innungskrankenkassen zu einem gemeinsamen Appell an die Politik, da die Empfehlungen des Gutachtens die von diesen drei Kassenarten wahrgenommenen Wettbewerbsverzerrungen sogar noch verstärken würden

* Da bis zum Zeitpunkt des Redaktionsschlusses die Langfassung des Gutachtens nicht vorlag, bezieht sich die im Artikel dargestellte Einschätzung ausschließlich auf die Zusammenfassung des Gutachtens.

(vgl. gemeinsame Pressemitteilung des vdek, BKK Dachverband sowie IKK e.V. vom 27. Oktober 2017).

Das Sondergutachten greift dabei eine Vielzahl von möglichen Reformvorschlägen am aktuellen Morbi-RSA auf. Nachfolgend soll eine kritische Analyse mit der zum Zeitpunkt des Verfassens dieses Artikels vorliegenden Zusammenfassung des Sondergutachtens unternommen werden.

Regelmäßige Evaluation und verfügbare Datenbasis sind ein „Muss“

Gerade vor dem Hintergrund der momentan geführten Debatten über mögliche Unwuchten des gegenwärtigen Risikostrukturausgleichs ist die Forderung des Wissenschaftlichen Beirats nach einer „zukünftig regelmäßige[n] systematische[n] Evaluation“ des Morbi-RSA nur zu befürworten. Ein System, über das pro Jahr mehr als 200 Milliarden Euro verteilt werden, das erhebliche Auswirkungen auf die betriebswirtschaftliche Situation von Krankenkassen und letztlich die Versorgung von Versicherten hat und als „lernend“ konzipiert ist, sollte in kürzeren Abständen als den zuletzt benötigten sechs Jahren bewertet werden. Es ist in diesem Sinne überraschend, dass der Morbi-RSA, trotz vielfach diskutierter Verbesserungsmöglichkeiten und den noch nicht durch den Beirat im Detail untersuchten Diskussionsfeldern, wie etwa der Regionalisierung, 2018 bereits das zehnte Jahr ohne wesentliche Veränderung beschreiten wird. Von dieser Bewertung losgelöst sind die einschneidende, juristisch bedingte Änderung bei der Annualisierung der Leistungsausgaben von verstorbenen Versicherten, die Übergangslösung beim Krankengeld sowie der Wegfall der Konvergenzklause zu sehen. Mittelfristig ist eine regelmäßige Evaluation somit der geeignete Weg, um eine kontinuierliche Weiterentwicklung des Morbi-RSA sicherzustellen.

Der Wissenschaftliche Beirat merkt außerdem an, dass zur Prüfung bestimmter Modelle, wie beispielsweise der Berücksichtigung von Vorjahreskosten, „eine entsprechende Datengrundlage zu schaffen“ ist. Dieser Vorschlag ist, analog zur Erweiterung der Datenbasis um ein Regionalkennzeichen für das Sonder-

gutachten im Jahr 2018, sehr zu begrüßen. Allerdings sollte eine aktuelle und umfassende Datenbasis im Sinne eines Forschungsdatensatzes auch Forschern außerhalb des Wissenschaftlichen Beirats ohne spezifischen Evaluationsauftrag aus dem Bundesgesundheitsministerium zur Verfügung stehen – zwar liegen beim DIMDI die sog. DaTrav-Daten vor, doch sind diese nicht aktuell und stehen für Morbi-RSA-bezogene Auswertungen laut BMG bzw. DIMDI grundsätzlich nicht zur Verfügung. Erkenntnisse aus derartigen Forschungsarbeiten könnten letztlich die Diskussion um die zukünftige Ausgestaltung des Morbi-RSA bereichern, aber auch zur Transparenz des Verfahrens erheblich beitragen. Mögliche Weiterentwicklungsoptionen des Morbi-RSA könnten unabhängig von Anhörungen der Verbände und politischen Interessen aufgegriffen und untersucht werden.

Vermeidung von Risikoselektion: zentrale Zielsetzung des Morbi-RSA

Der Wissenschaftliche Beirat stellt in seinem Sondergutachten zu den Wirkungen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs fest, dass die „Vermeidung von Risikoselektion die zentrale Funktion des Morbi-RSAs darstellt“. Eine faire Verteilung von Mitteln anhand des tatsächlichen Versorgungsbedarfs sei demnach zwingend notwendig, um das solidarische Prinzip der GKV trotz steigenden Wettbewerbs aufrechterhalten zu können. Um diese wichtige Funktion des Morbi-RSA gewährleisten

zu können, wird eine hohe Zuweisungsgenauigkeit auf Individuen-, Gruppen- und Kassenebene als geeignetes Kriterium zur Zielerfüllung erkannt. Gleichzeitig wird die Bewertung der Höhe und der Streuung der Zusatzbeiträge als ungeeignetes Werkzeug identifiziert.

Im Zuge des Gutachtens wird dabei zunächst aufgezeigt, wie sich die Entwicklung der Krankenkassen im Morbi-RSA in den letzten Jahren darstellt. Anschließend wird darauf eingegangen, wie sich etwaige Verfahrensanpassungen – wie sie aktuell vielfach diskutiert werden – auf die Zielgenauigkeit des Morbi-RSA auswirken würden.

Bei der Entwicklung der Krankenkassen im Morbi-RSA werden hierbei zunächst folgende Entwicklungen festgehalten: Krankenkassen, die im Zeitverlauf der letzten Jahre Überdeckungen aufwiesen, sind während dieser Zeit gewachsen und zeigten dabei im Mittel sinkende Risikofaktoren. Kassen, die über die letzten Jahre unterdeckt waren, haben hingegen Versicherte verloren und wiesen einen wachsenden Risikofaktor auf. Hierbei liegt eine Vermutung nahe, die ein Problem in der Krankenkasslandschaft darstellen kann: Krankenkassen, die weniger Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds erhielten, als sie zur Deckung ihrer Versorgungskosten benötigt hätten, mussten höhere Zusatzbeiträge erheben. Dadurch verließen vor allem die Versicherten, die tendenziell eher preissensitiv reagieren, die Krankenkasse. Bei diesen abgewanderten Versicherten handelte es sich traditionell um jüngere, gesunde Versicherte und insbesondere um diejenigen, die in aller Regel „gute Risiken“ für die Krankenkassen darstellen, also überdeckt sind (vgl. etwa Evaluation zum Jahresausgleich 2011). Diese Entwicklung hätte dann dazu geführt, dass Krankenkassen, die zu Beginn des Morbi-RSA unterdeckt waren, im Zeitverlauf viele Versicherte

Mittelfristig ist eine regelmäßige Evaluation der geeignete Weg, um eine kontinuierliche Weiterentwicklung des Morbi-RSA sicherzustellen.

mit „guten Risiken“ verloren hätten. Dies könnte in einer Spirale aus Anstieg der Unterdeckungen und folglich der Notwendigkeit von höheren Zusatzbeiträgen münden – woraus am GKV-Markt schließlich eine Spreizung der Zusatzbeiträge zwischen den Kassen resultieren würde. Daher ist bei einer umfassenden Bewertung des status quo im Rahmen einer Evaluation auch die Frage zu beantworten, inwieweit die bereits zu Beginn des Morbi-RSA bestehenden Über- bzw. Unterdeckungen Ausdruck von Unwuchten im RSA darstellen.

Im Lichte dieser Überlegungen erscheint das Argument des Wissen-

schaftlichen Beirats, wonach Höhe und Streuung der Zusatzbeiträge keine geeigneten Kennzahlen zur Bewertung der Funktionsfähigkeit des Morbi-RSA sind, nicht vollends nachvollziehbar. In der Tat ist die Fokussierung auf die Spanne der Zusatzbeiträge keine sinnvolle Kennzahl, wenn von einem funktionsfähigen Wettbewerb ausgegangen werden kann. Sind allerdings Wettbewerbsverzerrungen bzw. Unwuchten im Morbi-RSA erklärend für die Unterschiede bei den Zusatzbeiträgen, dann muss die Höhe der Streuung bei den Zusatzbeiträgen als Indikator für einen nicht funktionsfähigen Risikostrukturausgleich herangezogen werden. Es wird offensichtlich, dass sich auseinander entwickelnde Zusatzbeiträge als Indikator – wenn auch nicht als alleinig hinreichender Indikator – einer Risikoentmischung geeignet sind. Eine derartige Risikoentmischung ist dann als äußerst problematisch anzusehen, wenn die zu Grunde liegenden Risiken nicht vollständig im Morbi-RSA abgebildet sind und damit für diejenigen Krankenkassen, die überproportional viele dieser Risiken aufweisen, zur finanziellen Belastung werden.

Insgesamt muss auf Grund dieser Entwicklungen gefolgert werden, dass der Morbi-RSA in seiner momentanen Ausgestaltung die vom Wissenschaftlichen Beirat identifizierte, zentrale Funktion der Vermeidung von Risikoauswahl nicht vollständig erfüllt. Vielmehr scheint es bereits vor Beginn der Beitragssatzinduzierten Wanderungsbewegungen eine Ungleichverteilung günstiger Risiken bezüglich des Morbi-RSAs gegeben zu haben. Die Untersuchungen zur Überdeckung von Multimorbidität weisen hier zumindest in eine eindeutige Richtung.

Kerninhalte des Sondergutachtens

Um dem Ziel der Vermeidung von Risikoauswahl näher zu kommen, muss es Ziel des Risikostrukturausgleichs sein, die systematisch bedingten Unter- bzw. Überdeckungen weiter zu reduzieren. Die Gründe für unterschiedliche Deckungsbeiträge können dabei in unterschiedlichen Ausgabenstrukturen, aber letztlich auch in nicht hinreichend zielgenauen Zuweisungen aus dem Morbi-RSA liegen. Zu diesem Zweck wurden im Sondergutachten ausgewählte Verfahrensanpassungen mit Blick auf eine

Verbesserung der Zuweisungsgenauigkeit diskutiert. Diese waren primär

- Prävalenzgewichtung bzw. der Wegfall der Krankheitsauswahl,
- Integration von Pharmakostengruppen,
- Berücksichtigung von Erwerbsminde rungsrentnern im Morbi-RSA,
- Wiedereinführung eines Risikopools,
- Umgang mit Multimorbiditäten sowie
- Regionaldimension im Risikostrukturausgleich.

Der Wissenschaftliche Beirat spricht sich während des Übergangs zu einem Vollmodell, in dem alle Krankheiten berücksichtigt werden, für die weitere Berücksichtigung des Erwerbsminde rungsstatus als Risikomerkmal und die Beendigung der Sonderbehandlung von DMP-Programmen aus. Weiterhin wird im Rahmen des Sondergutachtens konstatiert, dass Pharmakostengruppen ein geeignetes Instrument zur Weiterentwicklung des Morbi-RSA darstellen können; jedoch würden die durchgeführten Analysen zunächst darauf hinweisen, dass diese keinen vollständigen Ersatz der ambulanten Diagnosen bieten können.

Die Zusammenfassung des Sondergutachtens geht auch knapp auf Fragestellungen zur Regionaldimension ein. Angesprochen werden Alternativen zur Berücksichtigung regionaler Aspekte innerhalb des Morbi-RSA (Regionalkomponente) oder eine regionale Differenzierung von Zusatzbeiträgen. Da verschiedene Arbeiten (Ulrich/Wille 2014; König et al. 2016; Wende 2017) auf aktuelle Wettbewerbsverzerrungen und Anreize zur regionalen Risikoauswahl deutlich hinweisen, ist die für das nächste Sondergutachten vorgesehene, quantitative Betrachtung von regionalen Verwerfungen im aktuellen Morbi-RSA mit Spannung zu erwarten.

Umgang mit Multimorbidität

Im Sondergutachten des Wissenschaftlichen Beirats wird erläutert, dass die Berücksichtigung von Wechselwirkungen bei Multimorbidität (in Form von Interaktionstermen zwischen den Krankheiten) konzeptionell zielführend ist. Parallel zur Erstellung des Sondergutachtens wurde mittels Zahlen des GKV-Spitzenverbands gezeigt, dass

Deckungsquoten bei Versicherten mit mehreren Erkrankungen höher sind als bei Versicherten mit nur wenigen Erkrankungen. Da aktuell häufig Krankheiten im Morbi-RSA berücksichtigt werden, an denen ältere Patienten leiden, die letztlich auch (multi-)morbide sind, könnte eine Überdeckung dieser multimorbidien Versicherten zu Wettbewerbsverzerrungen führen, wenn davon ausgegangen werden kann, dass diese Gruppe über die einzelnen Kassen ungleich verteilt ist. Interessant ist neben der besseren Abbildung von Multimorbidität auch die im Sondergutachten geführte Diskussion um die Einführung von altersabhängigen Zuschlägen für die Morbiditätsgruppen. Das Sondergutachten stellt hierbei fest, dass Interaktionsterme zwischen Alter und Morbiditätsgruppen die Zielgenauigkeit auf Ebene der Individuen erhöhen würden. Auch merkt der Wissenschaftliche Beirat an, dass eine Berücksichtigung dieser Interaktion zu einer Senkung der Deckungsdisparitäten auf Ebene der Krankenkassen führt.

Dies zeigt auch, dass eine reine Be trachtung des RSA-Risikofaktors und der Deckungsquote als Maß für eine mögliche Morbiditätslast zu kurz greift. Vielmehr ist grundsätzlich auch zu fragen, ob sich nicht vielleicht vor allem eine

Grundsätzlich ist auch zu fragen, ob sich nicht vielleicht vor allem eine bestimmte Morbidität lohnen könnte.

bestimmte Morbidität lohnen könnte. Die strukturellen Überdeckungen für ältere multimorpide Versicherte sprechen dafür.

Diese Aspekte deuten darauf hin, dass einige Krankenkassen in den bisherigen Ausgleichsjahren des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs systematisch zu viele bzw. zu wenige Zuweisungen bekommen haben. Da bekannt ist, dass insbesondere ältere Patienten mit mehreren Erkrankungen im Morbi-RSA zum Teil deutlich überdeckt sind (und dass Erkrankungen bei älteren Patienten oftmals günstiger versorgt werden können), legt dies folgende interessante Vermutung nahe: Krankenkassen, die überproportional viele alte Versicherte mit den im Morbi-RSA berücksichtigten Erkrankungen aufweisen, wurden im

Risikostrukturausgleich systematisch bevorteilt. Inwiefern diese Vermutung wahr ist oder nicht, wird hoffentlich anhand der Berechnungsergebnisse in der Langfassung beantwortet werden können.

Unzureichende Manipulationsresistenz des Morbi-RSA

Als zweiten zentralen Untersuchungspunkt diskutiert der Wissenschaftliche Beirat im Gutachten die Problematik der Manipulationsresistenz des Morbi-RSA. Dabei wird das aktuell vielfach diskutierte Thema der Entwicklung des Kodiergeschehens tiefergehend analysiert.

Zunächst wird festgestellt, dass die Wachstumsrate der gesicherten ambulanten Diagnosen im Zeitraum von 2008 bis 2015 bei den Innungskrankenkassen, gefolgt von Betriebs- und letztlich Ersatzkassen, am höchsten war.

Wenn von der im Sondergutachten dargestellten Risikoentmischung insbesondere Innungs- und Betriebskrankenkassen betroffen waren und folglich verstärkt junge und gesunde Versicherte diese Kassen verließen, kann auch darin einer der Gründe für den verstärkten Anstieg der relativen Häufigkeit ambulanter Diagnosen gesehen werden, ohne dass sich diese Kassen an manipulativen Aktivitäten hinsichtlich der Kodierung beteiligt hätten.

Weiterhin wird festgestellt, dass die Häufigkeiten von Diagnosen mit Aufnahme in den Risikostrukturausgleich nennenswerte Anstiege zeigten, wobei sich diese Anstiege zwischen den Kas- senarten zum Teil deutlich unterschieden. Interessant in diesem Kontext erscheint die im Jahr 2017 von Bauhoff et al. veröffentlichte Studie (Bauhoff et al. 2017), die auf Basis von knapp 1,2 Milliarden Diagnosen untersuchte, wie sich das Aufkommen von Diagnosen im Zeitverlauf von 2008 bis 2013 veränderte. Die Studie konnte zeigen, dass insbesondere die Prävalenz von Verdachtsdiagnosen zugunsten von gesicherten Diagnosen abnahm. Die Studie zeigte auf, dass – entgegen der Befunde des Wissenschaftlichen Beirats – gerade die gesicherten Diagnosen bei den AOKs am stärksten gegenüber dem Basisjahr 2008

zunahmen, wenn zuvor eine Krankheit in den Morbi-RSA aufgenommen wurde. Aus diesem Grund wird eine Auseinandersetzung mit den unterschiedlichen Methoden und Datenquellen der beiden Untersuchungen äußerst interessant sein, um den Umfang der möglichen Kodierbeeinflussung bestimmen und eine potentielle Wettbewerbsverzerrung ableiten zu können. Auch wenn aufgrund der retrospektiven Datenanalyse kein Kausalzusammenhang zwischen Beeinflussung bzw. Vertragsform und Kodierverhalten der Ärzte hergestellt werden kann – auf die schwierige Datengrundlage verweist auch der Wissenschaftliche Beirat – so lässt eine Korrelation doch Aussagen zur Manipulationsanfälligkeit und dem Reformbedarf zu.

Zur Stärkung der Manipulationsresistenz empfiehlt der Beirat innerhalb des Morbi-RSA eine stärkere Berücksichtigung von Arzneimitteln im Morbi-RSA sowie die Aufnahme von Operationen- und Prozedurenschlüsseln. Da aber gerade diese Operationen- und Prozedurenschlüssel im ambulanten Bereich und insbesondere bei manipulationsanfälligeren Erkrankungen nur selten zum Einsatz kommen, kann diese Forderungen gegebenenfalls nicht weit genug gehen. Allerdings ist herauszustellen, dass durch den Einbezug von Operationen- und Prozedurenschlüsseln die Arzneimittelversorgung in den Krankenhäusern zu Teilen besser erfasst wird und eine Erhöhung der Modellgüte durch eine weitere Differenzierung der Folgekosten zu erwarten ist.

Interessant wäre hier auch die Übermittlung der Gebührenordnungsposi-

le Behandlungen oder Arztkontakte) und weiterhin hätte die Aufsicht über diesen Weg auch die Möglichkeit, die abgerechneten Leistungen gegenüber der Krankenkasse exakter zu identifizieren. Auf diesem Weg könnte auch die Wirkung von Selektivverträgen auf das Kodiergeschehen genauer untersucht werden, was der Prüf- und Sanktionsmöglichkeit seitens der Kassenaufsicht mehr Kraft verleihen würde. Der Wissenschaftliche Beirat erhofft sich infolge der gesetzlichen Vorgaben des Gesetzes zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (HHVG) weniger Einflussnahmen auf das Kodiergeschehen und erwartet bei den anstehenden Prüfverfahren für die Jahre 2013 bis 2015 nach § 273 SGB V „spürbare Korrektur- und Strafbeträge“. Das Vorgehen lässt darauf schließen, dass im Rahmen der durchgeführten Untersuchungen eindeutige Indizien auf eine Einflussnahme einzelner Kassen gefunden werden konnten. Da die Ergebnisse der Studie von Bauhoff et al. 2017 eine Beeinflussung der Ärzte durch einzelne Krankenkassen bereits vor dem Jahr 2013 vermuten lassen, sollte bei einer Bewertung auch auf das Ausmaß der vorangegangenen Wettbewerbsverzerrungen eingegangen werden. Eine aktuelle von der Techniker Krankenkasse beauftragte Studie dämpft allerdings die in das HHVG gesetzten Erwartungen: bei einer Befragung von 1.000 Ärzten gaben über 18% der Befragten an, auch nach Einführung des HHVG von Krankenkassen beraten worden zu sein (vgl. WIG2 Institut 2017).

Laut Überlegungen im Sondergutachten sollte auch an den Verträgen, die bislang mitunter für eine Erhöhung der zuschlagsfähigen Diagnosen genutzt wurden, angesetzt werden. Will man weiterhin ambulante Diagnosen als Aufgriff für Morbidität im Rahmen des Morbi-RSA nutzen, ist die Forderung des Beirats nach einer „vollständige[n] Entkopplung der Vergütung für Selektivverträge von dokumentierten Diagnosen“ nachvollziehbar. Allerdings muss auch immer gewährleistet werden, dass die zusätzlichen und vielfach sinnvollen Versorgungsangebote auch den „richtigen“ Patienten zu Gute kommen. Die Verknüpfung zwischen diagnosebasierten Einschreibevoraussetzungen und zusätzlichen Vergütungselementen ist nicht ohne Weiteres aufzulösen. Die Forderung nach einer Einführung ambulanter Kodierrichtlinien sowie dem

Es bleibt festzuhalten, dass die bisherige Ausgestaltung des Morbi-RSA in Hinblick auf die Zielgenauigkeit besser wurde, was für die Manipulationsanfälligkeit jedoch nicht zutreffend ist.

tionen der ambulanten Abrechnungen. Diese hätten zunächst den Vorteil, dass damit unterschiedliche Schweregrade von Erkrankungen besser abgegrenzt werden könnten (etwa durch speziell

Aufbau eines zentralen Registers für Selektivverträge ist – trotz bekannter Gegenargumente – zu unterstützen.

Grundsätzlich bleibt aber festzuhalten, dass die bisherige Ausgestaltung des Morbi-RSA in Hinblick auf die Zielgenauigkeit besser wurde, was für die Manipulationsanfälligkeit jedoch nicht zutreffend ist.

Der Wissenschaftliche Beirat sieht gerade in der prospektiven Ausgestaltung des Risikostrukturausgleichs eine wirksame Maßnahme zur Eindämmung der Kodiermanipulation. Es ist zwar unstrittig, dass die prospektive Ausgestaltung dazu führt, dass Krankenkassen erst mit einem Zeitverzug etwaige Erlöse aus den Manipulationsversuchen erzielen und auch ein Risiko besteht, dass die Manipulationsbemühungen keinen Ertrag erzielen, da die betroffenen Versicherten u.U. nicht mehr der Kasse angehören. Der prospektive Ansatz fördert jedoch gleichzeitig die Zuschlagshöhen für „einfache“ Erkrankungen. So bekommen unter der dieser Perspektive alle Versicherten mit einer Grunderkrankung im Folgejahr die gleichen Zuschläge – unabhängig von einer etwaigen (akuten) Eskalation der Erkrankung. Somit bleiben Versicherte ohne Eskalation überdeckt, während diejenigen mit Eskalation unterdeckt bleiben. Gelingt es einer Krankenkasse im Zuge einer Einflussnahme, dass Versicherte die Grunderkrankung diagnostiziert bekommen, so partizipieren diese Versicherten von Geldern, die zur Versorgung der Eskalation aufgewendet werden müssen. In einem Übergang zu einem zeitgleichen Ansatz würden sich die Zuschläge verschieben. Versicherte, die nur die Grunderkrankung aufweisen, bekommen nur die Zuschläge, die im Mittel zur Versorgung dieser Grunderkrankung notwendig sind. Die Versicherten mit der Eskalation bekommen indes die Zuweisungen, die zur Versorgung der Eskalation im Mittel notwendig sind.

Dies hätte zwei positive Effekte: Zum einen würde die Zielgenauigkeit des RSA in einem zeitgleichen Modell naturgemäß deutlich zunehmen – etwa Verstorbene bezüglich der Deckungsquoten auch deutlich besser abgebildet und damit die zentrale Funktion der Vermeidung von Risikoselektion besser erfüllt werden. Andererseits würden die Zuschläge für einfache „Volkskrankheiten“, die tendenziell manipulationsanfälliger sind, sinken und damit den Anreiz für eine

Kodierbeeinflussung reduzieren. Dies ist auch dahingehend interessant, da in einem zeitgleichen Ansatz Krankheitsbilder, die nur akut auftreten (wie etwa Schwangerschaften), besser abgebildet werden können und Kassen, die diese Erkrankungen häufiger aufweisen und damit im aktuellen Ansatz benachteiligt sind, entlastet würden. Es wäre daher wünschenswert, wenn im Gutachten dieses Themas – trotz der beschriebenen Vorteile des prospektiven Ansatzes – ebenfalls diskutiert wird.

Weitere Spannungsfelder

Im Rahmen des Gutachtens wurden zudem weitere Themen analysiert und diskutiert, die zwischen den Krankenkassen aktuell als Streitpunkte existieren. Zum Thema Risikopool konstatiert der Wissenschaftliche Beirat, dass weiterer Forschungsbedarf besteht und dass seitens des Beirats eine weitergehende Ausdifferenzierung des Klassifikationssystems gegenüber einer Einführung eines Risikopools präferiert wird. Auch zum Thema Risikostrukturausgleich und Prävention kann der Beirat nur weiteren Forschungsbedarf feststellen – sowohl zur Frage, ob und wie stark sich Präventionsmaßnahmen der Krankenkassen auf die Finanzlage im Risikostrukturausgleich auswirken, als auch in der Frage, wie man diesem Problem begegnen könnte.

Der Wissenschaftliche Beirat bezieht auch Stellung zur Ausgestaltung der Kassenaufsichten und betrachtet es als „unerlässlich, dass die Aufsichtsbehörden von Bund und Ländern bei der Umsetzung der durch das HHVG geschaffenen Neuregelungen einheitlich handeln“, da „uneinheitliches Aufsichtshandeln [...] zu Wettbewerbsverzerrungen führen“ kann. Eine von der DAK-Gesundheit beauftragte, aktuelle gutachtliche Stellungnahme (Wille/Thüsing 2017, S. 48), die von Prof. Thüsing und dem Mitglied des Wissenschaftlichen Beirats Prof. Wille erstattet wurde, arbeitet die aus den unterschiedlichen Aufsichten resultierenden Verwerfungen deutlicher heraus und folgert drastischer als die Zusammenfassung des Sondergutachtens: „Aus diesen offensichtlich unterschiedlichen Prüfungen und Entscheidungen der je-

weiligen Aufsichten resultierten relevante Wettbewerbsverzerrungen zuungunsten der bundesunmittelbaren Krankenkassen und das geltende System bietet keine Gewähr dafür, dass diese wettbewerblichen Verwerfungen und die mit ihnen einhergehenden Effizienzverluste künftig nicht mehr auftreten.“

Weiterhin stellt der Wissenschaftliche Beirat fest, dass seit Einführung des Morbi-RSA „in nahezu allen Bundesländern“ eine Zunahme der Marktkonzentration festzustellen ist. Da dies mittelfristig eine Gefahr für weniger Wettbewerb, der wiederum Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung gewährleisten bzw. verbessern kann, zwischen den Krankenkassen darstellt, empfiehlt der Beirat dies sorgfältig zu beobachten. Hierzu ist anzumerken, dass durch die zunehmende Monopolisierung in bestimmten Regionen die Verhandlungsmacht und teilweise

Eine einheitliche Kassenaufsicht ist erforderlich, um Wettbewerbsverzerrungen durch unterschiedliche Prüfungen und Entscheidungen der Aufsichten zu beseitigen.

auch die Vertragsfreiheit der Leistungserbringer maßgeblich eingeschränkt werden könnte. Dadurch besteht die Gefahr, dass die Versorgungsangebote und die im Wettbewerb bestehende Innovationskraft regional stark eingeschränkt werden. Selbst die regionalen Investitionstätigkeiten könnten hiervon betroffen sein.

Der Wissenschaftliche Beirat merkt weiterhin an, dass Wettbewerb inzwischen auch intensiv zwischen den Krankenkassen einer Kassenart stattfindet – mit Ausnahme der Ortskrankenkassen. Unerwähnt bleibt in diesem Zusammenhang zumindest in der Zusammenfassung des Gutachtens die Frage, inwieweit der fehlende Wettbewerb zwischen den Ortskrankenkassen eigentlich dafür spricht, diese in einer Bewertung der Wettbewerbswirkung des Morbi-RSA als einen Wettbewerber zu betrachten – mit den entsprechenden Folgen für die Bewertung von Monopolisierungstendenzen und Marktmacht. Der Wissen-

schaftliche Beirat regt an, das aktuelle Haftungssystem, welches im Falle einer Insolvenz zunächst die Haftung durch Krankenkassen der gleichen Kassenart vorsieht, aufzulösen und die Haftung stattdessen auf den GKV-Spitzenverband zu übertragen.

Als letzter Diskussionspunkt wurde untersucht, ob Verbesserungspotenzial bei der Zuweisungssystematik für standardisierte Verwaltungsausgaben besteht. Da mit allen geprüften Ansätzen anhand statistischer Kennzahlen keine Verbesserung gegenüber dem aktuellen Verfahren gefunden werden konnte, empfiehlt der Wissenschaftliche Beirat auch an dieser Stelle die aktuelle Systematik beizubehalten.

Fazit

Die Veröffentlichung des „Sondergutachten zu den Wirkungen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs“ war von allen Akteuren in der GKV mit großer Spannung erwartet worden und nicht zuletzt aufgrund der bereits sechs Jahr zurückliegenden ersten Evaluation mehr als überfällig. Der Wissenschaftliche Beirat gibt einige wichtige Impulse zur Weiterentwicklung des Morbi-RSA, indem er insbesondere die zentralen Themen Krankheitsauswahl, Manipulationsanfälligkeit ambulanter Diagnosen und Umgang mit Multimorbidität aufgreift und in der Zusammenfassung des Gutachtens entsprechende Reformideen benennt. Das Thema der Regionalisierung, vor dem in der aktuellen gesundheitspolitischen Diskussion insbesondere von den Ministerpräsidenten Manuela Schwesig und Bodo Ramelow als „systemfremd“ gewarnt wird, wurde nicht zuletzt auf Grund der zur Zeitpunkt der Erstellung des Gutachtens fehlenden Datenbasis nur qualitativ betrachtet. Da bereits im Rahmen dieser qualitativen Bewertung festgestellt wird, „dass die aktuelle Situation [...] mit Blick auf die Chancengleichheit im Wettbewerb und mit Blick auf die Vermeidung von Anreizen für regionale Risikoselektion unbefriedigend ist, wird das Folgegutachten zur Regionaldimension umso spannender erwartet. An vielen Stellen merkt der Wissenschaftliche Beirat weiteren Forschungsbedarf an. Dies mag – gerade vor dem Hintergrund des knappen Zeitfensters der Evaluation – aus Sicht der Wissenschaftler korrekt sein, aber für einige Kassen, die sich

aktuell von Wettbewerbsverzerrungen besonders getroffen fühlen, dann doch eher nach „Steine[n] statt Brot“ (BKK Dachverband) klingen. In der letzten Legislaturperiode wurden zwei Gutachten zu Krankengeld und Auslandsversicherten beauftragt und dann bis Ende der Legislaturperiode politisch nicht forciert. Auch ist z.B. bekannt, dass Krankengeldanspruchsberechtigte im Morbi-RSA systematisch unterdeckt sind (BVA, Ergebnisse des Jahresausgleichs 2014) und sich ungleichmäßig zwischen den einzelnen Kassen verteilen (BVA, Info-Dateien Schlüsseljahr 2016/2017). Da diese Risikogruppe fast die Hälfte (2015: 45,6%) aller GKV-Versicherten umfasst, wäre eine Auseinandersetzung mit diesem Problem wünschenswert gewesen. Vor diesem Hintergrund kann das aktuelle Gutachten viele Kassen nicht hoffnungslos stimmen. Um die Transparenz des Systems zu erhöhen und den wissenschaftlichen Diskurs um eine zielgerichtete Ausgestaltung des Morbi-RSA zu bereichern, wäre ein für wissenschaftliche Zwecke bereitgestellter, aktueller Datensatz daher unerlässlich.

Neben vielen inhaltlich interessanten Aspekten, die die Zusammenfassung des Sondergutachtens enthält, fehlt an verschiedenen Stellen offensichtlich der Mut zur klaren Benennung und Lösung von aktuellen Verzerrungen, was möglicherweise auch auf unterschiedliche Positionen im Wissenschaftlichen Beirat zurückzuführen sein könnte. Es werden einige Schwachstellen – insbesondere in Hinblick auf die Manipulationsanfälligkeit des Morbi-RSA – aufgezeigt, jedoch nicht der aktuelle Ansatz des Morbi-RSA in Frage gestellt. Vielmehr werden weitere Regelungen bei Selektivverträgen oder auch eine erweiterte Datenbasis angeregt. Diese Maßnahmen setzen jedoch nicht an den Ursachen an, sondern versuchen die momentan sichtbar gewordenen Symptome zu kurieren. Letztlich kann dies aber auch durch die möglicherweise konfligierenden Ziele des Morbi-RSA bedingt sein. Primäres Ziel sei es, Risikoselektion zu vermeiden, was durch eine Erhöhung der Zielgenauigkeit der Zuweisungen erreicht würde. Wenn die Zielgenauigkeit der Zuweisungen auch auf Krankenkassenebene relevant ist

und eine höhere Zielgenauigkeit et ceteris paribus Wettbewerbsverzerrungen reduziert, dann sollten doch auch Deckungsquotenunterschiede zwischen den Kassen betrachtet werden. Zudem wird konstatiert, dass „eine Verringerung der Unterschiede in den Deckungsquoten zwischen Krankenkassen [...] nicht per se als Verbesserung der Funktionsfähigkeit der GKV-Finanzarchitektur angesehen werden [kann]“. Zumindest dann, wenn ein hoher Zusammenhang zwischen Fehlzuweisungen auf Kassenebene und einzelnen Risikofaktoren offensichtlich wird, sollte dies als Indikator für eine Fehlentwicklung verstanden werden. Es wäre daher interessant, wie die Funktionsfähigkeit des Morbi-RSA neben statistischen Gütemaßen noch gemessen werden kann. Wettbewerbsverzerrungen, die beispielsweise aus unterschiedlichen Kassenaufsichten resultieren und im Sondergutachten und einer aktuellen gutachtlichen Stellungnahme angesprochen werden, blieben bei Betrachtung von statistischen Gütemaßen unbetrachtet. Ferner spricht das Sondergutachten zwar

Weitere Gutachten zu Regionalisierung, Auslandsversicherten und Krankengeld werden folgen müssen, um den Morbi-RSA auch in diesen Bereichen zielgerichtet auszustalten.

richtigerweise an, dass die sich bereits jetzt abzeichnende Marktkonzentration den Wettbewerb gefährden könnte und daher beobachtet werden müsste. An dieser Stelle bleibt für den Leser allerdings offen, was überhaupt gegen eine den Wettbewerb gefährdende Marktkonzentration unternommen werden könnte, d.h. welche Konsequenzen gezogen werden müssten, und wann derartige Schritte unternommen werden müssten.

Das Sondergutachten des Wissenschaftlichen Beirats kann daher, je nach Standpunkt und Interessenslage, sowohl als „Steine statt Brot“ (BKK Dachverband) oder auch als „gute Basis zur Weiterentwicklung“ (AOK-Bundesverband) betrachtet werden. Letztlich ist entschei-

dend, mit welcher Geschwindigkeit und Konsequenz die im Gutachten aufgezeigten Vorschläge umgesetzt werden können. Auch wenn das Thema Morbi-RSA bei den Sondierungsgesprächen

für eine mögliche Regierungskoalition angesprochen wurde, wird es sicherlich nicht primär angegangen werden. Weitere Gutachten zu Regionalisierung, Auslandsversicherten und Krankengeld

werden folgen und folgen müssen, um das Ausgleichssystem Morbi-RSA weiter in den gesundheits- und gesellschaftspolitischen Fokus zu tragen ■

Literatur

Bauhoff, S., Fischer, L., Göppfarth, D., & Wuppermann, A. C. (2017). Plan Responses to Diagnosis-Based Payment: Evidence from Germany's Morbidity-Based Risk Adjustment. CESifo Working Paper (Vol. No. 6507).

GKV-Spitzenverband. (2015). MRSA-Jahresausgleich 2014 Ausgewählte Kennzahlen und Statistiken. Berlin.

GKV-Spitzenverband. (2016). MRSA-Jahresausgleich 2015 Ausgewählte Kennzahlen und Statistiken. Berlin.

König, W., Binder, A., & Wende, D. (2016). Weiterentwicklung des RSA um eine Regional-

komponente. *Gesundheits- und Sozialpolitik*, 70(4–5), 35–44. <http://doi.org/10.5771/1611-5821-2016-4-5-35>

Ulrich, V. and Wille, E. (2014). "Zur Berücksichtigung einer regionalen Komponente im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA)," Bayreuth und Mannheim.

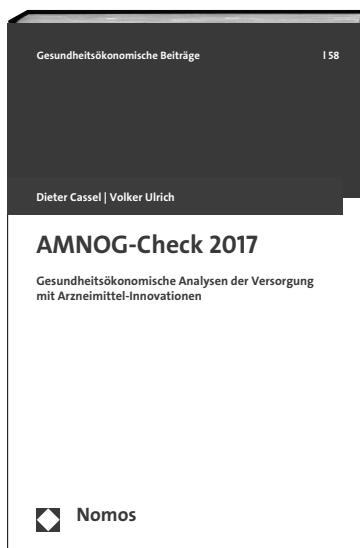
Wende, D. (2017). Regionale Risikoselektion Anreize in der gesetzlichen Krankenversicherung. Das Gesundheitswesen, 79(10): 816–820 <http://doi.org/10.1055/s-0042-123851>.

WIG2 Institut (Hrsg.). (2017). Gutachten zum Forschungsprojekt „Kodierwettbewerb“:

Einflussnahme auf die ärztliche Kodierpraxis und Auswirkungen der Gesetzesänderung zur Vermeidung von Kodierbeeinflussungen gem. HHVG. *Gutachten für die Techniker Krankenkasse*. Online verfügbar, URL: http://www.wig2.de/fileadmin/content_uploads/PDF_Dateien/TK-Gutachten-zur-Einflussnahme-von-Krankenkassen.pdf

Wille, E., & Thüsing, G. (2017). Fairer Wettbewerb in der Gesetzlichen Krankenversicherung: Wege zur Steigerung von Wettbewerbsneutralität und Effizienz in der Kassenaufsicht. Beiträge zur Gesellschaftspolitik, 2017 (5), 1–7.

AMNOG-Check 2017 Versorgungslücken bei neuen Arzneimitteln im Blick



AMNOG-Check 2017

Gesundheitsökonomische Analysen der Versorgung mit Arzneimittel-Innovationen

Schwerpunktthema: Gefährdungsmomente der GKV-Versorgung bei AMNOG-Präparaten

Von Prof. em. Dr. Dieter Cassel und Prof. Dr. Volker Ulrich

2017, 205 S., brosch., 44,– €

ISBN 978-3-8487-4546-3

eISBN 978-3-8452-8799-7

(*Gesundheitsökonomische Beiträge*, Bd. 58)

nomos-shop.de/30751

Was hat das Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG) von 2011 gebracht? Sechs Jahre Nutzenbewertung und Preisfindung für Arzneimittel-Innovationen stehen auf dem gesundheitsökonomischen Prüfstand. Aktuell geht es dabei um „Mondpreise“, „Einsparpotenziale“, „Mischpreise“ und „Versorgungslücken“.

Nomos eLibrary Unser Wissenschaftsprogramm ist auch online verfügbar unter: www.nomos-eibrary.de

Bestellen Sie jetzt telefonisch unter (+49)7221/2104-37.
Portofreie Buch-Bestellungen unter www.nomos-shop.de
Alle Preise inkl. Mehrwertsteuer

